Zur Casuistik der Perityphlitis.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 1. August 1890

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Wilhelm Schnellen

aus Klosterwald (Hohenzollern).

OPPONENTEN:

Hr. Dd. med. Walter von Lingelsheim.
- Dd. med. Karl Kahleyss.
- Dd. med. Franz Wagner.

BERLIN.

Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke).

Linienstrasse 158.

Seinen teuren Eltern

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Wenn Johannes Müller in seinen Vorlesungen jedesmal bei Besprechung der Milz sich der Worte bediente: „Von der Milz wissen wir nichts, so viel über die Milz“, so dürften dieselben Worte zur Bestimmung der physiologischen Bedeutung des Processus vermiformis gelten. Eine specifische Rolle in der Thätigkeit des Darmtractus kann ihm schon deshalb nicht zugeschrieben werden, weil seine Schleimhaut denselben anatomischen Bau wie die des übrigen Darmes aufweist, also deren Secret mit dem Darmsecret homolog sein muss.

Interessant ist, dass die Medicin des Mittelalters den Proc. vermiform. wohl mit Rücksicht auf seine Gestalt und Lage als Schmierflasche betrachtete, „die mit ihrem Öle den Darmkanal schmieren sollte, um seine Thätigkeit zu erleichtern“[1]).

Auch die vergleichende Anatomie und die Entwicklungsgeschichte lässt uns bei den Untersuchungen über den Zweck dieses Gebildes im Stich.

Von der ersteren erfahren wir, dass, abgesehen vom Menschen, der Orang-Utang und der Wombat sich dieses Darmanhanges erfreuen, dass es aber alle anderen Omnivoren ohne Störung ihrer Verdauung entbehren.

Die Entwicklungsgeschichte lehrt uns, dass die erste Anlage des Proc. verm. in den dritten Schwangerschaftsmonat fällt, dass dann im weiteren Verlaufe des intrauterinen und auch noch während des extrauterinen Lebens eine stärkere Differenzierung zwischen Blinddarm und Wurmfortsatz vor sich geht.

Im Anschluss hieran ist die Frage von Bedeutung, ob der Appendix nicht zu den Organen des menschlichen Organismus gehört, die das bestentwickelte Lebewesen bei seinem stetigen Fortschreiten zur Vervollkommnung als unnütz allmählich verliert. Als Beweis hierfür dürfte wohl gelten, dass bei zahlreichen Sectionen der Proc. verm. in geschrumpftem Zustande, oft ohne Lumen angetroffen wird, ohne dass diese s. z. s. physiologische

[1]) Krafft, Sammlung klinischer Vorträge von Volkmann, No. 331.

Atrophie für den betreffenden Organismus von Schaden gewesen wäre.

Untersuchungen, die von Wölfler systematisch ausgeführt wurden an erwachsenen Individuen, die plötzlich starben, ergaben bei anscheinend normalem Proc. vermif., dass auf den vom coecalen Ende bis zur Endkuppe angefertigten Durchschnitten sowohl die Lieberkühnschen Krypten als auch die Solitärfollikel ganz oder zum grössten Teile fehlten. Manchmal war eben noch eine Andeutung vorhanden. Fast immer fehlte dem Proc. das Lumen. An Stelle der Mucosa befand sich ein bindegewebiges Centrum, Submucosa war durch ein Fettzellennetz repräsentiert, Musc. und Serosa zeigte eine Hypertrophie. Normale Schleimhaut fand sich nur bei Kindern.

Der Proc. vermif. sowohl wie das Coecum sind nun vielfach Ausgangspunkte von den Erkrankungen, die unter dem Namen Perityphlitis zusammengefasst werden.

Die genaueren Kenntnisse der pathologischen Processe, die sich in den betreffenden Organen abspielen, verdanken wir der neueren Medicin. Den ersten grossen Erfolg hierin haben Nusson und Dance zu verzeichnen, welche die Krankheit als „engorgement inflammat., qui se developpe dans la fosse iliaque droite“ bezeichneten. Weitere ausgedehnte Untersuchungen hierüber hat Volz in den 30er Jahren gemacht und nachgewiesen, dass ein grosser Teil der Perityphlitiden durch Perforation des Proc. vermif. infolge von Kotsteinen bedingt sei. Bamberger gebührt das Verdienst, die Krankheit sowohl in Beziehung auf ihre klinischen Symptome, als auch pathologische Anatomie näher studiert und beschrieben zu haben.

Die ätiologischen Momente, die bei der Perityphlitis in Betracht kommen, sind mannigfaltig. Man könnte sie zweckmässig in 2 Gruppen einteilen:

1. Primäre Affection des betreffenden Darmabschnittes mit secundärer Affection seiner Umgebung.
2. Primäre Affection der den betreffenden Darm umgebenden Gebilde; primäre Perityphlitis.

1 zerfällt wieder in 2 Unterabteilungen:

a. Affection durch Fremdkörper bedingt;
b. Solche, basierend auf specifisch pathol.-anatomischen Processen, die hauptsächlich zu den Infectionskrankheiten gehören.

Was nun die Fremdkörper als Materia peccans anlangt, so ist in der anatomischen Lage und Gestalt des Coecum und Proc. vermiformis eine bedeutende Prädisposition zu längerem Aufent-

halt, wenn nicht vollständiger Retention derselben gegeben. Von den Fremdkörpern, die hier in Betracht kommen, dürften namentlich die Kerne von Äpfeln, Birnen, Melonen, wohl auch die von Kirschen, Pflaumen erwähnt werden, wobei es namentlich der kleineren Formation gelingt, sich im Proc. vermif. und hauptsächlich an der Stelle seiner Einmündung in das Coecum festzusetzen, worauf dann infolge des ausgeübten Reizes eine gesteigerte Secretion der Schleimhaut erfolgt, deren Producte sich natürlich auf dem Fremdkörper niederschlagen und erhärten. Auch die Steine des Coecum haben gewöhnlich einen Kern in ihrer Mitte, der den ersten Anstoss zur Bildung des Darmsteines gegeben hat. So werden nach dem Berichte von Jäger[2]) „Kirsch- und Zwetschgenkerne, Gallensteine, Haare, kleine Knochen, Nadeln, Eierschalen, Kakaobohnen, Sandkörne, Kieselsteine, Holz," Ursache und Kerne von Darmsteinen.

Von hohem Interesse sind die in der Deutschen mil. ärztl. Zeitschrift (1890 Heft 7, Groeningen: Darmverletzungen und Darmerkrankungen) besprochenen Krankengeschichten aus den Garnisonlazareten. Bei 33 Sectionen wurde 30 mal der Proc. vermif. krank gefunden; in 18 Fällen enthielt er einen Kotstein oder einen anderen Fremdkörper.

In den Steinen, die sehr häufig eine beträchtliche Grösse erreichen, finden sich oft Erdalkalien. So berichtet v. Nussbaum von einem „der 29 Lot wog, aus phosphorsaurem Kalk und phosphorsaurer Bittererde bestand, durch Leberthran abgetrieben wurde, nachher aber wieder wuchs und den exitus bedingte." Jäger und Bardeleben haben darauf hingewiesen, dass das Zustandekommen solcher Steine durch andauernden Gebrauch von grösseren Dosen Magnesia und Kalk begünstigt werde, welche ja oft bei starker Säurebildung im Magen genossen werden.

Zu den Fremdkörpern im Darme dürften auch die Faeces dann zu rechnen sein, wenn sie durch zu langes Verweilen in dem speciell dafür geeigneten Coecum ihre physiologisch breiige Consistenz ablegen und immer härter werden. Es tritt der Zustand dann ein, der als Kotverhärtung und in seinen Folgen als Typhlitis stercoralis bezeichnet zu werden pflegt. Begünstigend für das Zustandekommen dieses Processes wirken natürlich alle die Affectionen des Darmes, welche die Peristaltik, wenn nicht aufheben, so doch schwächen. Dass dabei die Lebensweise des betreffenden Individiums, stark Faeces bildende Nah-

---

[2]) Dr. Michael Jäger, „Über die Darmsteine der Menschen und Tiere" Berlin 1834.

rung, Mangel an Körperbewegung von nicht geringem Einfluss sind, ist selbstverständlich.

Nach Luschka „soll bei jeder Beugung des Oberschenkels vom Musculus iliacus internus auf den oberen Teil des Blinddarms ein Druck und damit eine Beförderung der Thätigkeit dieser Darmstücke ausgeübt werden."

Primäre Erkrankungen des Coecum und seines Appendix entwickeln sich, abgesehen davon, dass sie durch Fremdkörper hervorgerufen werden, noch aus specifischen Darmaffectionen, die meist der Klasse der Infectionskrankheiten zuzuweisen sind. Hierher gehören die dysenterischen, tuberculösen, typhösen und carcinomatösen Erkrankungen des Darmes in der bei Perityphlitis in Frage kommenden Partie desselben.

Was die Perityphlitis als primäre Erkrankung anlangt, so können Erkältung und Trauma Ursache hiefür abgeben. Auch Metastasen von cariösem Becken, Wirbeln, namentlich auch Puerperium und Pyämie müssen als ätiologische Momente berücksichtigt werden.

Die Ätiologie der recidivierenden Perityphlitiden richtet sich im gegebenen Falle nach der Specialität derselben. Oft sind die Ursachen der Recidive schwer festzustellen. Wenn das Verschwinden des Exsudates nicht abgewartet wird, so ist denkbar, dass durch mechanische Zerrung und Reizung von neuem eine Entzündung auftritt, analog den Vorgängen, wie wir sie an anderen Organen sehen. Auch kann ein zurückgebliebener, eingekapselter Kotstein die Ursache von Recidiven sein. Fälle, wo Caries des Darmbeins oder der Wirbelsäule zu oftmaligem Auftreten der Krankheit Veranlassung gab, sind ebenfalls bekannt. Dr. Fr. Treves fand in einem Falle als Ursache der recidivierenden Perityphl. eine rechtwinklige Knickung des Proc. vermif., wodurch die Schleimansammlung begünstigt wurde. Resection des Proc. führte zur Heilung.

Die pathologische Anatomie scheidet die Processe bei Perityphlitis, die klinisch einheitliche Symptome zeigen, nach verschiedenen Gesichtspunkten. Die normale topographische Anatomie spielt bei Bestimmung des Verlaufes der Processe eine bedeutende Rolle und verdient hier deshalb Berücksichtigung. Die Lage des Coecum, namentlich seine Beziehung zum Peritoneum, war lange Zeit ein Streitpunkt der Forscher. Bardeleben und Luschka waren die ersten, die entgegen der herrschenden Ansicht die Behauptung aufstellten und durch anatomische Untersuchungen bewiesen, dass das „Coecum vom Bauchfelle fast vollkommen umhüllt sei, dass es also nur in den allerseltensten

Fällen direct der Fascie des M. iliacus int. anliege". Die peritoneale Umhüllung des Coecum erstreckt sich in einzelnen Fällen noch auf die Hinterseite des Colon ascendens in grösserer oder geringerer Ausdehnung. Von der hinteren Fläche des Coecum oder Colon ascendens schlägt sich das Peritoneum auf die Beckenwandung über als parietales Blatt. Aus diesem anatomischen Befunde folgt, dass die perityphlitischen Abscesse fast immer intraperitoneal sind.

Processe, die ihren Ausgangspunkt von extraperitoneal gelegenen Organen nehmen, gestalten natürlich die Verhältnisse anders.

Über die Berücksichtigung der Lage der Organe in der Fossa iliaca bei eventuell notwendiger Operation haben Dr. M. Schüller und Fr. Treves in allerneuester Zeit genaue Mitteilungen gemacht auf Grund eingehender Untersuchungen. Das Coecum liegt nicht direct der Bauchwand an, sondern zwischen ihm und den Bauchdecken sind Dünndarmschlingen gelagert. Erst wenn sich ein abgekapselter Abscess vom Coecum ausgehend in der Fossa iliaca dextra entwickelt, drängt dieser die Darmschlingen bei Seite und nähert sich so der Oberfläche. Das Coecum selbst ruht auf dem Psoas als Unterlage; seine Endkuppe überschreitet medianwärts die Grenze dieses Muskels und auch der Längsdurchmesser dieser Kuppe trägt mehr den Charakter einer medianen- als einer dorsoventralen Linie. Die Stelle der Bauhinschen Klappe, die ebenfalls auf dem Psoas liegt, wird nach dem Berichte von einem der Autoren „durch eine zwischen beide Spinae anteriores gelegte horizontale Ebene geschnitten". Die sogenannte hohe Lage des Coecum, abweichend von der normalen, beruht entschieden auf einem Stillstand der Entwicklung, da das Coecum in den ersten Stadien seiner Entwicklung unter der Leber liegt und von seinem hohen Standpunkt aus vom 3.—8. Monat herabsteigt, bis es im 8. Monat eine definitive Lage erreicht hat. Die Lage des Proc. vermif. ist von der des Coecum abhängig. Normalerweise soll seine Beweglichkeit eine unbehinderte sein, weil sein Mesenteriolum klein ist. Nach Angabe von Autoren ist er jedoch „sehr oft mit den benachbarten Organen zusammengewachsen". Dr. M. Schüller hat bei horizontaler Lage der Leiche für die Bestimmung der normalen Lage der Endkuppe des Coecum und des Proc. vermif. eine Linie angegeben, die vom Nabel bis zur Mitte des Lig. Poup. gezogen wird. „Zwischen mittlerem und dem unteren Drittel dieser Linie liegt der Proc. vermif. nahe an der Einmündungsstelle ins Coecum".

Die Fremdkörper nun, deren Hauptrepräsentanten die Kotsteine sind, rufen bei längerer Anwesenheit im Coecum und Proc. vermif. infolge des Reizes, den sie ausüben, einen mehr oder weniger starken Katarrh der Schleimhaut hervor. Dieser anfänglich acute Katarrh wird chronischer Natur. Es kommt zur Ulceration und Zerstörung der Mucosa und im weiteren Verlauf der Muscularis, dann wird das Peritoneum in circumscripter oder diffuser Weise von einer Entzündung befallen.

Der Proc. vermif. liefert in pathol. anatomischer Beziehung noch einige Merkwürdigkeiten. So kommt es nicht selten vor, dass er sich zu einer Cyste ausbildet, indem er nach Verschluss seines oberen Abschnittes sich mit seinem eigenen Secrete anfüllt; es entsteht eine Retentionscyste. Es verliert dann der Proc. vermif. den Charakter der Schleimhäute. Als Beweis hiefür gelten die Aussprüche folgender Autoren.

So berichtet Rokitansky[3]): „Bisweilen aber steigert sich die Erweiterung des Wurmfortsatzes zu einem monströsen Grade, wobei der Process in seinen Häuten zu einem dichten, schwieligen Gewebe degeneriert". Virchow schreibt[4]): „Die Aussackung kann als pendulierte Cyste an einem relativ dünnen Stiele in die Bauchhöhle hineinhängen; ich habe einen Fall beobachtet, wo die cystische Erweiterung die Grösse einer Faust erreichte".

Wenzelgruber in Virchows Archiv, Band 63 S. 98 schreibt von der Wand eines cystisch erweiterten Proc. vermif., der 10 cm lang war: „Seine innere Oberfläche hat den Charakter einer Schleimhaut verloren, die Serosa verdickt, Muscularis hypertrophisch, Mucosa verdickt und gefaltet." Das gereizte und in Entzündung versetzte Peritoneum reagiert auf den Reiz, wie jede andere seröse Haut durch Abscheidung fibrinöser Massen. Diese sogenannten Schwarten sind von ausserordentlicher Wichtigkeit, denn bei der meist infolge der Ulcerationen früher oder später eintretenden Perforation ergiesst sich der Darminhalt, bestehend aus Eiter und Faeces, wenn sich die Verklebungen schon gebildet haben, in einen abgekapselten Raum und nicht diffus in die Bauchhöhle. Wir haben dann in einem Falle einen Kotabscess, im anderen Falle als Folge eine diffuse, tödliche Peritonitis. Manchmal findet man in einem solchen Abscess frei schwimmend den durch Ulceration abgelösten Proc. vermif. Die peritonitischen Schwarten sind in den einzelnen Fällen von verschiedener Stärke und es ist deshalb je nach dem mehr oder

---

[3]) Handbuch der path. Anat., III. Band S. 184.
[4]) Virchows Lehre von den Geschwülsten, I. Band S. 25.

weniger die Gefahr vorhanden, dass sie gesprengt werden können. So sind nach dem Berichte von Krafft „das Heben eines schweren Gegenstandes, das Ausgleiten von einer Treppe, ein Schlag auf den Bauch, aber auch eine leichte Bewegung im Bette, ein zu heftig ausgeführter Walzer, ein Schlittschuhlauf, ein ungeschickt angewandter warmer Umschlag, sogar ein Diätfehler, wiederholte Anwendung von Brech- und Abführmitteln“ etc.[5]) zur Ursache von Zerrung und Zerreissung der Verwachsungen geworden und haben dadurch aus einem localen Process eine diffuse Peritonitis gemacht. Es ist daher auch die Palpation des Abdomens bei Feststellung der Diagnose mit grösster Vorsicht vorzunehmen. Überaus günstig sind die Verhältnisse, wenn der Proc. vermif. infolge der Entzündung und fibrinösen Ausscheidungen an ein Darmstück, meist an das Coecum angelötet wird und bei Perforation seinen Inhalt in das Lumen des Darmes ergiesst. Die perityphlitischen Abscesse haben infolge der meist vorhandenen Communication mit dem Darme eine grosse Neigung zur Purulenz. Wenn dysenterische, tuberculöse oder typhöse Geschwüre das ätiologische Moment für Perityphlitis abgeben, so wird der Darm neben den erwähnten Erscheinungen noch die Charakteristik der betreffenden Krankheiten aufzuweisen haben. Die abgekapselten Eitermassen bahnen sich manchmal in überraschender und unangenehmer Weise ihren Weg zur Entleerung. So sind Fälle bekannt, wo die Massen nach der Blase, der Scheide, dem Uterus durchgebrochen sind. Senkung nach oben, z. B. bis in die Pleurahöhle, Durchbruch in die Lunge und Aushusten des Abscesses ist, wie in einem Falle unten beschrieben wird, selten, aber von grossem Interesse wegen der auf diese Weise möglichen Spontanheilung. (Vgl. übrigens den Sectionsbefund in Fall 14 des Berichtes von Groeningen, l. c. p. 517 und den von Grawitz in der Berl. klin. Wochenschr. 1888 veröffentlichten Fall aus dem Augusta-Hospital.) Als Curiosum dürfte wohl der Fall gelten, wo nach dem Berichte von Aubry der Eiter einmal in die Pfanne des Oberschenkels durchgebrochen ist. Auch Perforationen in die Vena cava und Art. iliaca int. sind beschrieben. Die Frage, ob eitrige, perityphlitische Abscesse und eitrige Peritonitis absolut auf Mikroben zurückzuführen seien, verdient hier auch einige Berücksichtigung. Es sind in neuester Zeit in dieser Hinsicht von Dr. A. D. Pawlowsky genaue Untersuchungen angestellt worden. Dieselben ergaben, dass Stoffe chemischer Natur wohl eine hämorrhagische Peritonitis, die natürlich auch ad exi-

---

[5]) Krafft, l. c.

tum führen konnte, hervorzurufen imstande waren, niemals aber eine eitrige Peritonitis. Daher der Satz: Ohne Mikroben kein Eiter. Nur Mikrobenpathogener Natur, wie dem Staphylococcus pyogenes aureus und dem Bacillus pyocyaneus, kommt die Fähigkeit zu, Eiterbildung hervorzurufen. Sie können nach der Stärke der Infection, wie Pawlowsky gefunden, 4 verschiedene Arten von Peritonitis hervorrufen. Bei dem stärksten Grade der Infection mit rapidem Verlauf entsteht die Peritonitis mucosa, die nächste Stufe stellt die Peritonitis hämorrhagica vor, dann folgt die Peritonitis fibrinosa et purulenta und endlich P. purulenta. Die Zahl der Kokken wirkt also hiebei bestimmend. Je weniger Kokken, desto langsamer der Verlauf und desto mehr trägt die Peritonitis den rein eitrigen Charakter. Die normale Darmwand ist nun während des Lebens niemals für Mikroben durchgängig. Die Folge davon ist, dass perityphlitische seröse Infiltrationen nur dann eitrig werden können, wenn sie Mikroben durch perforierte Darmwand erhalten. Findet sich keine Perforation und trotzdem Eiter, so ist die Möglichkeit vorhanden, dass die durchbrochene Stelle wieder zugeheilt ist, oder dass auf metastatischem Wege die Infection stattgefunden hat.

Die oben ätiologisch und pathologisch geschiedenen Processe zeigen klinisch einheitliche Symptome. Mit zu den ersten und constantesten Symptomen gehört Stuhlverstopfung, die in schweren Fällen Anstoss zu Ileus giebt, in leichteren Fällen fast immer zu starkem Erbrechen von Mageninhalt führt. Profuse Diarrhöen, die nebenbei bestehen, fördern eine schleimig-wässrige Masse zu Tage und sind Folge eines Dickdarmkatarrhs. Meteorismus lässt sich in den meisten Fällen constatieren, namentlich bei Affection des Coecum. Schmerzen in der Fossa iliaca treten entweder allmählich auf, manchmal auch plötzlich. Bei plötzlichem Auftreten dürfte zum Zustandekommen derselben äusseren Umständen, wie schwerer Anstrengung, viel zuzuschreiben sein. Die anfangs diffus sich zeigenden Schmerzen werden nachher bald circumscript im afficierten Gebiete. Nicht selten setzt die Krankheit mit einem Frostanfall und ziemlich intensivem Fieber ein. Der Typus des Fiebers richtet sich entschieden nach der Schwere der Krankheit und dem Umfang des Processes. Nach Strümpell soll die Curve sich zwischen 38,5 und 39,8 bewegen. Das Allgemeinbefinden des Patienten ist infolge der starken Affection des Intestinaltractus und der infolge dessen vorhandenen Appetitlosigkeit ein schlechtes.

Mit zu den wichtigsten Symptomen gehört das Erscheinen einer Geschwulst in der Fossa iliaca dextra. Die Geschwulst hat

anfänglich den Charakter einer Resistenz und wird erst später mehr circumscript und tumorenähnlich. Durch Palpation lässt sich feststellen, dass sie bald mehr dem Coecum, manchmal auch mehr dem Colon ascendens angehört, dass sie wenig beweglich ist. Tympanitischer Schall wird nur dann noch über der Geschwulst zu constatieren sein, wenn sie noch nicht die Darmschlingen vor sich verdrängt hat. Infolge des auf die Vv. ausgeübten Druckes ist das Zustandekommen von Ödemen ermöglicht. Druck auf die Nerven bewirkt Störung der Sensibilität und Schmerzerscheinung. Eintretende Verjauchung giebt Veranlassung zu Pyämie und führt zu schweren Störungen im Kreislaufgebiet der Vena portae.

Als eines der seltenen Symptome dürfte wohl Emphysem angeführt werden.

Die Dauer der Erkrankung ist von verschiedenen Umständen abhängig. Abgesehen von den Fällen, die als ambulante Perityphlitis spontan zur Heilung kommen, wobei geringe oder gar keine Beschwerden vorhanden sind, enden die meisten Perityphlitiden, die nicht zu schwerer Natur sind, in 8—14 T. mit Genesung. Bei Zutritt von Complicationen erstreckt sich die Krankheitsdauer über längere Zeit; dieses ist namentlich der Fall bei starken Ulcerationen in der Bauchhöhle, wodurch Defecte sowohl lokal als im Gesamtorganismus geschaffen werden, die erst in einer langwierigen Reconvalescenz heilen. Die Reconvalescenz wird bei nicht eröffnetem Abcess namentlich dadurch aufgehalten, dass das Verschwinden der Exsudate abgewartet werden muss. Bei nicht eröffnetem Abcess sind bei Bestimmung der Dauer der Krankheit eventuelle Recidive mit in Betracht zu ziehen.

Paulier stellt den Satz auf: dass der erste Rückfall vom 20. Tage bis zum zweiten Monat sich zeigt. (Thèse de Paris.)

Nach einer von Ch. Krafft aufgestellten Statistik waren bei 106 Fällen 24 vorhanden, die unzweifelhaft den Charakter eines Recidivs trugen, da in vielen Fällen die Anamnese sehr zu wünschen liess, so dürfte die Zahl 24 zu gering sein. Trotzdem spricht sie dafür, dass recidivierende Perityphlitis eine häufige Krankheit ist.

Die Schwierigkeit einer richtigen Diagnose bei Perityphlitiden richtet sich ganz nach der Specialität des betreffenden Falles. Zwar haben wir einen guten Anhaltspunkt an den subjectiven und objectiven Symptomen, die an einer von der Natur zur Erkrankung prädisponierten Stelle auftreten. In Beziehung auf einen eventuell vorhandenen Eiterabscess liefert die Probepunction in den allermeisten Fällen den gewünschten und nötigen

Aufschluss. Die Resultate, die eine vorgenommene Probepunction ergiebt, können folgende sein:

1. Probepucntion ergiebt putriden Eiter; in diesem Falle dürfte die Diagnose auf Perforation mit Sicherheit gestellt werden.

2. Punction ergiebt, Eiter der nicht stinkt, wenig Kokken enthält; die Kokken können in diesem Falle abgesehen von etwa in Betracht zu ziehenden Metastasen auch nur aus dem Darm kommen; die Perforationsöffnung ist in diesem Falle klein, vielleicht wieder verheilt; Faeces durch dieselbe nicht ausgetreten.

3. Punction ergiebt nichts. Es besteht also bloss eine Infiltration des Gewebes; Eiter fehlt. Perforation hat noch nicht stattgefunden. Es ist jedoch nicht ausgeschlossen, dass sich später noch Eiterung und Perforation einstellt.

Wenn uns nun die Probepunction über den eitrigen Charakter des Tumors unzweifelhaften Aufschluss verschafft, so giebt es anderseits Autoren, die vermittelst der Palpation die Diagnose auf Vereiterung stellen wollen. So ist nach Deahna durch das Fühlen eines Tumors die Diagnose auf Vereiterung sichergestellt. Er berichtet von 7 Fällen von Perityphlitis, bei denen er operierte, ohne Fluctuation festgestellt zu haben; 6 Fälle ergaben Eiter.

Ch. Krafft spricht sich in seiner Abhandlung über die operative Behandlung der durch Perforation des Proc. verm. bedingten Perityphlitis dahin aus, dass ein eitriger Herd immer vorhanden sei. Von 106 Fällen, die er zusammengestellt hat, kamen 84 zur Obduction und diese 84 Fälle zeigten sämtlich in der Ileocoecalgegend einen Abscess.

Einige Schwierigkeit entsteht bei Feststellung der Ätiologie des Processes. Wohl in den meisten Fällen darf man einen Kotstein und Perforation des Proc. verm. als Ursache des ganzen Processes ansehen. Bei Stellung einer Differential-Diagnose zur Unterscheidung von anderen Geschwülsten kommen Abscesse der Bauchwand, Nierentumoren und Psoasabscesse hauptsächlich in Betracht. Was die erste dieser Kategorieen anlangt, so ergiebt die Palpation, sowie die Lage der Geschwulst, sowie die Regelmässigkeit der Darmfunctionen den gewünschten Aufschluss über den Charakter derselben. Bei in Frage kommenden Nierentumoren ist die chemische und mikroskopische Untersuchung des Urins von grosser Wichtigkeit. Sowohl diese, wie auch die Palpation lässt uns in manchem Falle im Stich. So beschreibt Bardenheuer einen Fall von Paratyphlitis, wo die Symptome dieser Krankheit sehr spärlich entwickelt waren, vielmehr die Krankheit unter dem Bilde einer Pyelitis calculosa verlief. Auch

durch die Palpation liess sich der Tumor weder dem einen noch dem anderen Organe mit Bestimmtheit zuweisen. Erst der extraperitoneale Explorativschnitt (Renalschnitt) ergab, dass es sich um eine perityphlitische Geschwulst handelte, die durch Druck auf den Ureter die Erscheinungen einer Pyelitis calculosa hervorrief. Ein Fortschreiten der Entzündung auf die Kapsel der Niere war allerdings auch zu constatieren.

Bei Erkennung von Psoasabscessen ist einmal die tiefere Lage der Geschwulst von Bedeutung, dann finden wir hier durch Affection des Musc. Ileopsoas eine starke Störung in der Function der rechten unteren Extremität. Der Oberschenkel steht, um den kranken Muskel möglichst zu schonen, in Flectionsstellung und zeigt Rotation nach aussen.

Die Prognose bei Perityphlitis ist von den verschiedensten Umständen abhängig. Die Fälle der Krankheit, bei denen keine Perforation besteht, geben die beste Prognose, wenn nicht der Process durch Organerkrankungen anderer Natur bedingt ist. Complicationen der verschiedensten Art namentlich Verjauchung und eintretende Pyämie, oder Durchbruch der verjauchten Massen in die Bauchhöhle machen die Prognose ungünstig. Auch spontane Perforation des Abscesses in die Scheide, Blase können eventuell schwere Zufälle nach sich ziehen. Die Prognose der Recidive richtet sich nach den Ursachen derselben. Bei Vorhandensein eines Kotsteines wird nur in der Entfernung desselben Aussicht auf dauernde Heilung liegen. Statistisch ist von Bamberger festgestellt, dass entzündliche Erkrankungen der Fossa iliaca dextra bei Männern häufiger vorkommen als bei Frauen (26 : 4) und dass es namentlich die Zeit zwischen dem 16. und 35. Lebensjahre ist, in der die Erkrankung auftritt. Bei Zusammenstellung der gesamten Fälle von Perityphlitis, die während einer Reihe von 12 Jahren (1874/1888) in der Charité zur Behandlung kamen, fand sich das Verhältnis von Männern zu Frauen als 2 : 1. (Unter 285 Patienten 188 Männer 97 Frauen; s. d. betr. Jahrg. der Charité-Annalen.) Einen Grund für Stauungen sieht Bamberger in der Gerlachschen Klappe; diese, von Gerlach zuerst beschriebene Schleimhautfalte, sitzt an der Mündung des Proc. verm. und unterstützt so die Retention und Eindickung der Faeces. So fand er bei einem Mädchen, das 19 Jahre alt war und an Perforation des Proc. verm., bedingt durch einen Kotstein, starb, diese Klappe ungewöhnlich stark entwickelt. Unter der Gerlachschen Klappe hat Nanninga noch eine Klappe, die etwas kleiner ist, beschrieben.

Die Statistik über die Mortalität ergiebt bei den verschie-

denen Beobachtern verschiedene Resultate. Volz hatte unter 49 Patienten 39 exitus, Bamberger unter 39 Patienten 10 exitus. Die Verschiedenheit der Resultate ist zum allermeisten dem grossen Unterschied, den die einzelnen Fälle nach ihrer Complication und Schwere darbieten, zuzuschreiben.

Bei Perityphlitis wird in den leichten Fällen die Therapie von der inneren Medicin übernommen. Dieselbe hat sich hauptsächlich 2 Aufgaben zu stellen: Beseitigung der Stuhlverstopfung, Linderung der Schmerzen, bestehend in Bekämpfung der Entzündung. Vor allem ist natürlich absolute Bettruhe indiciert. Die Stuhlverstopfung wird am zweckmässigsten durch Klysmata und nicht zu drastisch wirkende Abführmittel bekämpft. Opiate innerlich angewandt, werden die Schmerzen lindern. Gegen Entzündung ist local Kälte in Form der Eisblase zu empfehlen. Von einigen wird Ungt. hydr. cinereum eingerieben. Ein französischer Kliniker M. Labbé sah nach der Application von Vesicatorien gute Erfolge. Andere befürworten Blutentziehungen in der Fossa iliaca dextra durch Ansetzung von Blutegeln. Die Resorption der Exsudate wird durch Application feuchter Wärme unterstützt. Dieselbe begünstigt und beschleunigt auch den Durchbruch der Abscesse nach aussen.

Viel bestritten ist der Punkt, ob und wann die Chirurgie bei der Perityphlitis eingreifen soll. Die Ansichten hierüber sind geteilt. Einige wollen den chirurgischen Eingriff so lange aufschieben, bis absolute Indication dazu vorhanden ist bestehend in den Erscheinungen des eintretenden Collapses. Andere schlagen vor, dass, wenn die Probepunction Eiter ergiebt, die Indication zur Eröffnung des Abscesses vorhanden sei. Die Entleerung des Abscesses mittelst Troicar ist nicht zu empfehlen und dürfte wohl diese Methode allgemein verlassen sein. In Amerika ist ein Verfahren üblich, das namentlich von Dr. Gaston angewandt wird und Ähnlichkeit hat mit einer gewissen Art von Operation bei Empyemen. Nach Vornahme einer Probepunction wird der Abscessinhalt mittelst einer Spritze aspiriert, dann folgt Drainage. Dieses Operationsverfahren entfernt wohl den Eiter, aber nicht die Causa morbi. Hüter empfiehlt „gleich beim ersten schweren Einfall auf den Entzündungsherd einzuschneiden“. Nach Charles Krafft ist bei dem jetzigen Standpunkt der Chirurgie die Operation dann vorzunehmen, „wenn die Diagnose der Perityphlitis eine absolut sichere ist und wenn schwere Symptome sich zeigen“. Der erste Schnitt, der gemacht wird, besteht in „der typischen Incision zur Unterbindung der A. iliaca communis dextra“. Constatiert man nach dem ersten Schnitt durch den in der Wunde

eingeführten Finger keine Fluctuation, so empfiehlt Krafft zur genauen Feststellung der Lage des Abscesses eine Probepunction vorzunehmen und dann erst weiter vorzudringen. Die Operation zu diesem Zweck und bei Parametritis ist unter der Bezeichnung „Laparotomie-sous-péritonéale“ von Hegar 1881 eingeführt (Char. Ann. 1887). Pozzi fügte später noch hinzu: L. s. p. „en particulier dans le traitement des abscès et des hématocèles pelviennes“. Die Behandlung nach der Operation besteht in einer sorgfältigen antiseptischen Wundbehandlung, Ruhe für den Darm, Opium, Diät, leicht verdauliche Speisen. Nach Schluss und Heilung der Wunde wird zweckmässig noch eine Zeit lang eine Leibbinde getragen und in Zukunft für regelmässigen Stuhl eventuell mit Abführmitteln gesorgt.

Eine zweite Art der Operation ist die regelrechte Laparotomie in die Medianlinie, deren sofortige Vornahme namentlich dann indiciert ist, wenn ein Durchbruch des Abscesses in die Bauchhöhle stattgefunden hat.

Schüller unterwirft bei Besprechung eines Falles von acuter allgemeiner Peritonitis infolge von Perforation des Proc. vermif. (Archiv für klinische Chirurgie 39. Band 1889) die beiden Arten der Operation einer Kritik und kommt zu dem Resultate, dass die Laparotomie-sous-péritonéale dann angebracht sei, wenn man Beweise für eine Fixation des Coecum habe. Nach seiner Erfahrung und Mitteilung „wird sich hierfür wahrscheinlich ein Schnitt, welchen man fingerbreit einwärts von der Mitte einer die Sp. ilei ant. sup. und die Symphysenmitte verbindenden Linie gerade nach aufwärts parallel mit der Medianlinie des Bauches führt, besser eignen, wie der jetzt gewöhnlich angegebene Schnitt parallel dem Lig. Pouparti“. Man soll nach seiner Angabe mit diesem Schnitte „am kürzesten und direct auf den Ileocoecalteil des Darmes kommen“. Dadurch sei die eventuell in Frage kommende Resection des Wurmfortsatzes bedeutend erleichtert und eine gründliche Desinfection der ganzen in Betracht kommenden Partie der Bauchhöhle ermöglicht. Ein Schnitt von 10 cm Länge in diesem Sinne ausgeführt ist hinreichend. Schüller ist der Ansicht, dass bei der Operation zur Entleerung von perityphlitischen Abscessen die Resection resp. Amputation des Proc. vermif. zur Verhütung von Recidiven immer indiciert sei. Die Behandlung der Recidive ist eine ziemlich schwierige und langwierige. Sie richtet sich nach den Ursachen, die das Recidiv bedingen, und die jeder einzelne Fall nach seiner Specialität ergeben muss. Sind die Recidive mutmasslich durch einen Kotstein bedingt, so ist mit Rücksicht auf die grosse Gefahr, die jedes Recidiv in

Gestalt einer Peritonitis mit sich bringt, immer die Operation (Colotomie) notwendig, wenn vollständige Heilung erwartet wird. Diese Operation wurde schon früher ausgeführt. So berichtet Jäger in seinem Buche „über die Darmsteine des Menschen und der Tiere“ Monro der Grossvater habe sie an einem 38jährigen Manne, der seit einer Reihe von Monaten an den Zufällen der Darmsteine litt, verrichtet. 24 Stunden nach der Ausziehung des Steines wurde der Kranke von heftigem Leibweh und Erbrechen befallen und erlag dem Extravasat des Spreisebreies in die Bauchhöhle. Der Operateur hatte die Überzeugung, dass der Fall glücklich verlaufen wäre, wenn er sich statt des Messers des Kali caustici bedient hätte, was Jäger bezweifelt. Jäger berichtet in seinem Werke mehrere Fälle, wo glücklicher Ausgang bei der Operation zu verzeichnen war.

Nach den gemachten Erwägungen, dass nur durch eine Operation Recidive verhindert werden können und dass „die Perityphlitis immer von der Entwicklung eines eitrigen Herdes begleitet ist[6])“ muss der von Ch. Krafft aufgestellte Satz: „die Behandlung der Perityphlitis gehört zu dem Gebiete der Chirurgie und eine sichere einen Rückfall ausschliessende Heilung ist nur von einer operativen Behandlung zu erwarten“[6]), in gebührender Weise beim Einschlagen der Therapie berücksichtigt werden.

Sonnenburg glaubt, dass in den Fällen von Perityphlitis in denen die Operation indiciert ist, es sich fast immer um abgekapselte Exsudatmassen handle. Für bestimmte Fälle giebt er eine eigene Operationsmethode an, den sogenannten zweizeitigen Schnitt. Es ist dieser Schnitt dann anzuwenden, wenn am ersten Tage die Symptome der Perityphlitis vorhanden sind, aber Fluctuation fehlt. Da hält er es für zweckmässig ohne Verzögerung durch den typischen Schnitt zur Unterbindung der Iliaca communis, oder durch einen Schnitt am Seitenrande des Rectus bis auf das Peritoneum vorzudringen, durch Auseinanderziehen der Ränder die Wunde zugänglich zu machen, um deutlich palpieren zu können. Gelingt es den Abscess zu entdecken, so wird er natürlich eröffnet, ist aber das Ergebnis ein negatives, so kommt jetzt der Vorteil der Operation zur Geltung. Die Wunde wird mit Jodoformgaze tamponiert. Der Abscess muss sich nach der Seite hin verziehen, wo der geringste Widerstand ist und wird so in den folgenden Tagen entdeckt und eröffnet werden können.

E. Hahn vertritt auch diese Methode und will sie hauptsächlich dann anwenden, „wenn es sich um einen kleinen vielleicht

---

[6]) Krafft, l. c.

hühnereigrossen Abscess handelt, den wir nicht durch die Haut und selbst nicht nach Eröffnung der Haut, Fascie und Durchschneidung der Muskeln palpieren können, den wir nur aus den Symptomen der localen Peritonitis, dem Schmerz, der Infiltration, der Fiebercurve vermuten".[7]) Nach v. Volkmann ist die zweizeitige Operation auszuführen, wenn der typische Schnitt in genügender Grösse angelegt, negatives Resultat ergiebt. Zur Therapie sagt von Volkmann ferner, dass er bei perforativen und infectiösen Peritonitiden stets nur Schaden von Eis und Eisbeuteln gesehen habe; dieselben vermehren stets die Peristaltik, warme Umschläge selbst Kataplasmen sind nützlicher und dem Kranken angenehmer.

Graser[8]) in Erlangen hält die jetzt noch allgemein giltigen Principien, wonach die Perityphlitis hauptsächlich von den innern Klinikern zu behandeln ist, für unrichtig. Mit Hinweis auf die Statistik, die das oftmalige Vorkommen von Recidiven der Krankheit bei nicht chirurgisch Behandelten lehrt, und um die oft lange Dauer der Krankheit abzukürzen, verlangt Graser, „dass der Chirurg frühzeitig zu solchen Fällen beigezogen wird, am besten wäre es, wenn sie principiell den Chirurgen überwiesen würden".

Eine besondere Bedeutung legt Krecke einer möglichst frühzeitigen Operation bei mit Hinweis auf die Perforation und die damit verbundenen Gefahren sowohl für die benachbarten Organe, als das Individuum selbst. Statistisch erwiesen ist die Perforation in der ersten Woche am häufigsten und so auch nach dem betreffenden Autor die Mortalität zu dieser Zeit am grössten. In der ersten Woche 56, in der zweiten 31, in der dritten 4 %. Diese Thatsache giebt nun auch den Zeitpunkt der Operation an, nämlich während der ersten Woche. So muss also nach Krecke unter Umständen operiert werden, „auch wenn die sicheren Symptome der Eiterung vor allen Dingen Fluctuation fehlen[9])".

Es mag diese Forderung etwas streng klingen, allein sie wird wohl hinreichend gerechtfertigt durch folgende Worte: „man operiert lieber einmal zu viel, als dass man einen Fall übersieht und erlebt, dass der Kranke an foudroyanter Perforationsperitonitis zu Grunde geht"[9]).

Im Anschluss an die allgemeine Besprechung der Perityphlitis dürfte es von Interesse sein, das Bild der Krankheit an der

---

[7]) Verhandlungen der freien Vereinigung der Chirurgen Berlins, Jahrgang II 1889. Leipzig 1890.

[8]) Centralblatt für Chirurgie, 1890. No. 25.

[9]) Deutsche Zeitschr. für Chirurgie, 30. Bd. 1890. 4. u. 5. Doppelh.

Hand einer Reihe von auf der Bardelebenschen Klinik beobachteten Fällen zu betrachten. Daneben werden einige a. a. O. veröffentlichte, besonders interessante Krankengeschichten Platz finden.

Ich scheide die Fälle zur besseren Übersicht in 2 Gruppen:

A. Solche, die sicher, oder doch sehr wahrscheinlich durch Kotsteine bedingt wurden.

B. Solche, die auf Erkrankungen der verschiedensten Art, wie sie in der Fossa iliaca dextra an den Organen vorkommen, basieren.

A. 1. (Char.-Ann. 1877) R. D., Arbeiter, 18 Jahre, erkrankte 10 Wochen vor der Aufnahme mit lebhaften Schmerzen in der Fossa iliaca dextra. Hartnäckige Stuhlverstopfung, Übelkeit u. s. w.; er erhielt Ricinusöl, Klysmata und hydropathische Umschläge, später Opium und Inunctionen mit grauer Salbe. Am dritten Juni 1877 der Klinik übergeben, zeigte Patient einen resistenten, auf Druck schmerzhaften Tumor, welcher über dem rechten Lig. Poupartii in der Fossa iliaca dextra lag und fast bis zur Nabelhöhe reichte. Temperaturen morgens zwischen 37 und 38, abends zwischen 39 und 40. Am 13. November Incision und Entleerung von 250 ccm nicht übelriechenden Eiters. Drainage, Carbol-Jute-Verband. Am 28. Tage hatte sich die Wunde geschlossen.

2. (Char.-Ann. 1877) A. C., Obstverkäuferin, 31 Jahre, erkrankte 5 Wochen vor ihrer Aufnahme plötzlich mit lebhaften Schmerzen in der rechten Ileocoecalgegend, nachdem sie zuvor an hartnäckiger Stuhlverstopfung gelitten hatte. Bei ihrer Aufnahme fand sich ein resistenter in der rechten Fossa iliaca liegender Tumor, der auf Druck äusserst schmerzhaft war und über dem die Bauchdecken sich zu röten begannen. Temperatur bei der Aufnahme 39,7. Am 29. August Incision des perityphlit. Abscesses, Entleerung von 200 ccm deutlich übelriechenden Eiters von graugelber Farbe, in demselben ist ein cylindrischer, $1^1/_4$ cm langer, harter Kotstein von grauer Farbe enthalten. Die Höhle wurde mit 3 % Carbolsäurelösung ausgespült. Die Temperatur sank während und kurz nach der Operation um 3,9. Im übrigen waren keine Collapserscheinungen zu bemerken. Heilung unter 8 Verbänden nach 29 Tagen vollständig.

3. (Char.-Ann. 1882.) Der 30jährige Patient war bereits 4 Wochen hindurch an den Erscheinungen einer Perityphlitis auf einer inneren Station des Charité-Krankenhauses behandelt worden. Handbreite prall-elastische Geschwulst in der rechten Ileocoecalgegend. Fluctuation unter dem Lig. Poupartii. Beu-

gung im Hüftgelenk. Durch Incision, Entleerung von 625 ccm übelriechenden Eiters, wegen blutiger Beimengung der zuletzt ausfliessenden Eitermassen keine Ausspülung, Drain, Carbolverband. Später Sublimatausspülungen. Fieberfreie Heilung innerhalb 4 Wochen.

4. (Char.-Ann. 1885.) 30jähriger Mann, seit 3 Wochen Schwellung und Schmerzen in der Blinddarmgegend. Seit 11 Tagen kein Stuhl. Haut stark gerötet. Deutliche Fluctuation. Incision und Entleerung von ca. 150 ccm stinkender blutig eitriger Flüssigkeit. Ausspülung mit Salicylboraxlösung. Drain, feuchter Sublimatverband. Stuhlgang nach einigen Wochen wieder geregelt. Abscessöffnung nach 1 Monat verheilt.

5. (Char.-Ann. 1885.) 20jähriges Mädchen, seit 8 Tagen auf einer anderen Abteilung an Perityphlitis behandelt, hatte bei der Aufnahme schmerzhafte Schwellung in der rechten Seite zwischen Crista ilei und Rippen, wahrscheinlich retroperitoneale Senkung auf der Fossa iliaca nach oben und hinten. Hautschnitt wie zur Unterbindung der Iliaca communis. Entleerung von ca. 700 ccm furchtbar stinkenden Eiters mit reichlichen gangränösen Fetzen. (Mikroskopisch welliges Bindegewebe.) Energisches Auswaschen mit Sublimat in Lösung 1 : 4000, dann mit Salicylboraxlösung. Nach Betupfen mit Chlorzink Naht bis auf die Stelle für einen starken Drain. Secretion liess bald nach. Vom 8. Tage Verband ohne Drain. Eine ca. 4 cm tiefe Fistel, aus welcher sich nur wenig nicht übelriechender Eiter entleerte, blieb längere Zeit; da die Patientin sich wohl und kräftig fühlte, wurde sie nach $2^1/_2$ Monaten entlassen.

6. (Char.-Ann. 1886.) $4^3/_4$ Jahre altes Mädchen, sollte vor 4 Wochen eine Blinddarmentzündung überstanden haben und dann bis vor 8 Tagen ohne Schmerzen gewesen sein. Seitdem Fieber und Anschwellung in der rechten Unterbauchgegend. Bei der Aufnahme deutliche Fluctuation. Haut dünn, blau-rot. Incision, Entleerung einer reichlichen Menge stinkenden Eiters. Eine in der Tiefe des Abscesses gefühlte Spitze wurde mit der Kornzange gefasst und erwies sich als das vordere Ende einer zerbrochenen Haarnadel, Ausspülung, Drainage. Nach 6 Tagen wurde der Drain fortgelassen und nach 15 Tagen vollständige Heilung.

7. (Char.-Ann. 1886.) 21 Jahre alter Mann, 3 Wochen nach Beginn der Krankheit in die chirurgische Klinik verlegt, blass, heruntergekommen, mit hohem Fieber. Die ganze rechte Bauchseite und Lendengegend war aufgetrieben. Die Haut ödematös, tiefe Fluctuation, gedämpft tympanitischer Schall. Incision in

die Seite von 12. Rippe bis Crista ilei entleerte eine grosse Menge stinkenden mit Faeces vermengten Eiters. In der Tiefe ein harter, vor den Fingern ausweichender grösserer Körper (Kotballen?), die eingelassene Flüssigkeit, zuerst Permanganat, dann Salicylboraxlösung kam zum grössten Teil nachher mit Faeces vermischt beim Ausspülen der Wundhöhle aus dem After heraus. Drainage. Gazeverband. In den ersten Tagen mussten Analeptika gegeben werden. Dann erholte der Kranke sich sehr schnell, blieb fieberfrei, hatte regelmässigen Stuhlgang und guten Appetit. Schon nach 14 Tagen war die Höhle geschlossen, die Wunde ein oberflächlich granulierender Streifen. Der Patient stand auf und wurde nach weiteren 14 Tagen geheilt mit vollständig vernarbter Wunde entlassen.

8. (Char.-Annalen 1887.) Eine 34 Jahre alte Köchin, früher stets gesund, vor 5 Wochen an Schmerzen und Anschwellung in der Ileocoecalgegend erkrankt, welche nachliessen, als vor 8 Tagen ein stinkender reichlicher Ausfluss aus der Vagina eintrat. In die chirurgische Klinik verlegt fand sich bei der inneren Untersuchung eine kleine Öffnung im rechten hinteren Scheidengewölbe, aus welcher bei Druck auf die Ileocoecalgegend sich dicker, gelber Eiter entleerte. Unter langdauernden Sitzbädern besserte sich der Zustand allmählich. Zu einer eingreifenden Operation wollte die Kranke sich nicht entschliessen. Nach $^1/_2$ Jahr konnte sie geheilt entlassen werden. Die Fistel war seit Wochen geschlossen. Die Härte in der rechten Unterbauchgegend nicht empfindlich.

9. (Char.-Ann. 1887.) 20 Jahre altes Mädchen, vor 9 Tagen plötzlich mit Erbrechen, Durchfall und Leibschmerzen erkrankt. Seit 4 Tagen Stuhlverhaltung. Auf einer inneren Abteilung waren vergeblich hohe Eingiessungen und Oleum Ricini angewandt. Magenausspülungen und multiple Punctionen des stark aufgetriebenen Leibes hatten nur vorübergehenden Erfolg. Starker Indicangehalt des Harnes. Häufiges Kotbrechen und schneller Verfall zwangen nach Verlegung auf die chirurgische Klinik sofort zur Laparotomie. Schnitt in rechte Unterbauchgegend. Zahlreiche peritonische Verwachsungen, so dass die Absicht, das Coecum aufzusuchen, nicht ausgeführt, sondern eine Dünndarmschlinge angenäht und geöffnet werden musste. Reichliche Entleerung flüssiger Faeces. Die Kranke fühlte sich in der nächsten Nacht gut, hatte kein Erbrechen mehr gehabt. Trotzdem erholte sie sich nicht und starb 24 Stunden nach der Operation.

Section: Typhlitis und Perityphlitis adhäsiva purulenta, der Dünndarm war dicht am Coecum durch alte Adhäsionen an

die Bauchwand fixiert und gedreht, kaum für eine Federspule durchgängig.

10. (Char.-Ann. 1887.) 19 Jahr alter Mann. Vor 3 Tagen plötzlich mit Leibschmerzen, Erbrechen und Stuhlverstopfung erkrankt. Indicangehalt des Urins wechselnd. Hohe Eingiessungen, Ol. Ricini, ohne Erfolg. Ein Tag nach der Aufnahme Kotbrechen. Bei dem Bauchschnitt rechts von der Linea alba entleert sich jauchiger Eiter in grossen Mengen. Deshalb Anlegung einer 2. Öffnung dicht über der rechten Spina ant. sup. und anhaltende Durchspülung mit warmer Salicylboraxlösung. Einführung eines starken Gummirohres durch beide Öffnungen. Da weder Flatus noch Faeces abgingen wurde am nächsten Tage der lateralen Wunde eine Darmschlinge angenäht und geöffnet. Schmerzen wurden geringer, Erbrechen liess nach. Am 4. Tage nach der Operation plötzliche Verschlimmerung, Collaps, exitus.

Section: Diffuse Peritonitis; grosse Mengen Eiter in der Bauchhöhle. Im Proc. vermif. war ein Kotstein, der diesen ganz verschloss. Die freie Spitze des Processus war ganz zerfallen, in ihrer Umgebung dicke Schwarten und ausgedehnte Teile abgekapselter Massen.

11. (Camille Mignon, Des corps étrangers des voies digestives Paris 1874.) Ein von Charpy und Cartaz beobachteter und behandelter Fall.

Im Spital de l'Antiquaille in Lyon wurde ein Fremder aufgenommen, der über starke Schmerzen im Bauche und Erbrechen klagte (Kolik). Einige Monate später traten Fieber ein und Symptome ganz analog denen bei Typhlitis. Es bildete sich ein Abscess in der Fossa iliaca dextra. Derselbe wurde eröffnet und es fand sich ein Löffel aus geschlagenem Eisen, von dem ein Teil des Stieles fehlte. Er war von dem Verschlingen zerbrochen. Die Länge des ganzen Löffels betrug 0,20 m. Das ausgezogene Stück war wesentlich nicht verändert, sondern nur geschwärzt. Heilung ging gut von statten.

12. (Bardelebensche Klinik, October 1889 bis Febr. 1890 [Krankenjournal].) Sch. R., Bildhauer. Patient erkrankte am 29. X. unter Leibschneiden, Erbrechen und Frösteln. Abends trat Durchfall ein unter sehr heftigen Leibschmerzen. Die Schmerzen localisierten sich bald in der Coecalgegend. Bei der Aufnahme zeigte sich sehr starke Druckempfindlichkeit in der Ileocoecalgegend. Bei der Palpation fühlte man eine leichte Resistenz. Therapie: Opium, Eisblase. Am Nachmittag des 31. October stieg die Temperatur bis auf 39,5, der Leib war

meteoristisch aufgetrieben, in der Coecalgegend absolute Dämpfung des Percussionsschalls. Der rechte Fuss wird nach aussen rotiert gehalten. Bis zum 4. November erbrach Patient täglich. Von diesem Tage an mehrmals Stuhlgang. Die Temperatur schwankt zwischen 38 und 39°. Am 7. XI. fand sich eine vom rechten Proc. spin. 6 abwärts reichende Dämpfung, in der Mitte der Scapula lautes Bronchialatmen. Stimmfremitus abgeschwächt. Die Dämpfung beginnt vorn unter der Brustwarze. Eine am 17. XI. vorgenommene Probepunction des bis dahin wenig veränderten Exsudates ergab eine trübe stark blutig tingierte Flüssigkeit, in der sich Leukocyten und rote Blutzellen nachweisen liessen.

Am 20. XI. In grosser Ausdehnung im Bereich der Dämpfung subcrepitierendes Rasseln. Das vom Patient entleerte Sputum ist reichlich schleimig, eitrig, übelriechend, enthält T. B.

Das am 23. XI. entleerte Sputum riecht fäculent. Rücken- und linke Seitenlage nicht möglich.

Am 26. XI. wird Patient zur chirurgischen Station verlegt.

Status: Bei der Aufnahme des mageren Patienten auf die Station findet sich auf der ganzen rechten Brusthälfte gedämpfter Percussionsschall. Man hört überall abgeschwächtes Atmen vermischt mit vereinzelten Rasselgeräuschen. Keine Symptome eines Pneumothorax. Das Sputum ist von stark fäculentem Geruch, schleimig, eitrig. Auf der rechten Darmbeinschaufel ein apfelgrosser auf Druck nur wenig schmerzhafter Tumor. Stuhlgang retardiert; Patient klagt über Husten. Therapie: Eisblase auf Abdomen, Ruhe, flüssige Diät.

Vom 23. I. ab regelmässiger Stuhlgang.

Tumor immer noch Taubenei gross fühlbar.

25. I. Stuhlgang regelmässig.

26. I. Tumor scheint sich etwas verkleinert zu haben.

31. I. Aufstehen des Patienten.

3. II. Patient fühlt sich wohl, Stuhl regelmässig.

4. II. Tumor fast vollständig verschwunden.

8. II. Puls regelmässig. Allgemeinbefinden sehr gut.

21. II. Geheilt entlassen.

13. (Berliner klinische Wochenschrift No. 14, 1890.) Eine sehr seltene Complication nämlich mit Thrombose der A. poplitea bietet der folgende Fall.

Patientin wurde am 8. November in die erste medicinische Klinik aufgenommen. Sie war am 3. November zu Hause mit Übelkeit und allgemeinem Krankheitsgefühl plötzlich erkrankt. Die Krankheit begann mit Leibschmerzen, die sich steigerten und Abführmittel verschafften nur geringe Linderung. In die Charité

aufgenommen liessen sich bei der Untersuchung die Anzeichen der Perityphlitis feststellen und wurde die übliche Behandlung angeordnet. Da das ursprünglich geringe Fieber stärker wurde, so war die Indication zur Probepunction vorhanden. Dieselbe wurde am 10. ohne Erfolg ausgeführt. Am 15. nochmals versucht, ergab sie dicken, rahmigen, stinkenden Eiter, enthaltend Pflanzenzellen, Bacillen, keine Luft.

Am 17. Eröffnung und Entleerung des Abscesses durch Incision; es wurden 150 ccm Eiter von derselben Qualität bei der Incision gewonnen; derselbe enthielt einige Luftblasen; Drain, Tamponade der äusseren Wunde mit Jodoformgaze, Watteverband, der weitere Verlauf gut. Eiterung gering und der Darm functioniert wieder.

Patientin ist angegriffen. Am 20. November traten zuerst Schmerzen im linken Bein auf, die am 24. stärker wurden und bei näherer Untersuchung ergab sich eine blauschwarze Verfärbung des Unterschenkels, begleitet von Kälte, Schlaffheit der Musculatur und grosser Schmerzhaftigkeit. Die Zehen schwarz, trocken, eingefallen, unbeweglich. Sensibilität ist an den Zehen nicht mehr vorhanden. Alle diese Dinge wiesen auf Verstopfung der Poplitea hin, die auch als runder, dicker Strang ohne Puls gefühlt wurde. Trotz sorgfältiger Behandlung nimmt die Schwäche immer zu. Gegen Thrombose werden warme Einwicklungen verordnet. Es gesellt sich noch ein leichtes Ödem des Unterschenkels dazu. Im weiteren Verlauf bildet sich auf der Vorderseite des Unterschenkels ein schwarzer, erbsengrosser Fleck und zwei ähnliche auf dem Fussrücken. Am 27. beginnt die zweite Zehe gangränös zu werden. Die grosse Zehe ist auch missfarbig. Sie verlor das Nagelglied der II. und etwas von der grossen Zehe. Von jetzt ab fortschreitende Besserung des Zustandes der Patientin. Constante Zunahme des Körpergewichtes.

14. (Centralblatt für Chirurgie No. 6, 1890. Ref. [St. Louis med. and surg. journ. Band LVII No. 3, 1889] P. Wagner Leipzig.) 26 Jahre alter Mann. Suppurative Perityphlitis. Eröffnung des Eiterherdes, Abtragung des an 2 Stellen perforierten Wurmfortsatzes, sowie einiger Stücke gangränösen Netzes; Eröffnung eines Leberabscesses, der sich am 4. Tage nach der Operation bemerkbar machte. 6 Tage später Austritt von Galle aus der Abscessöffnung; nach weiteren 6 Tagen Ausstossung eines hühnereigrossen gangränösen Fetzens, der sich bei näherer Untersuchung als die ganze Gallenblase erwies (?). Bildung einer Fäcalfistel. Vollkommene Heilung nach 4 Monaten.

B. 1. („Med. Chirurg. Transact. LXXI p. 165, 1888.“ Berichtet von Deahna [Stuttgart] in „Schmidts Medicinische Jahrbücher“ Leipzig 1889. Band 223, p. 280.) Ein Fall von recidivierender Perityphlitis von Dr. Frederick Treves. Ein 34 J. alter Arbeiter hatte im Verlaufe von 15 Monaten häufig Anfälle von Typhlitis, wodurch er nahezu erwerbsunfähig wurde, weshalb er sich 16. Februar 1887 zur Operation verstand. Schnitt über dem Coecum; das Mesenterium des Processus vermiformis war geschrumpft und der Proc. selbst dadurch in einem rechten Winkel abgebogen und teilweise an der concaven Seite stark verdickt. Nach Durchschneidung des Mesenterium konnte man den Fortsatz gerade strecken. Treves entfernte ihn deswegen nicht, sondern entblösste die convexe Seite vom Peritoneum in der Hoffnung, es werden sich frische Adhäsionen auf dieser Seite bilden und so den Appendix gerade gestreckt halten. Als Ursache der fortdauernden Anfälle sieht er die rechtwinklige Knickung an, infolge deren sich der Schleim ansammelte und die Beschwerden hervorrief. Der Kranke genas vollständig.

2. (Char.-Ann. 1881.) 30jähriger Patient wurde von der inneren Klinik der Charité zur chirurgischen verlegt. In der rechten Lumbalgegend hatte sich im Verlauf einer chronischen recidivierenden Perityphlitis mit den Symptomen einer Darmstenose ein Abscess gebildet, der vom Darmbeinkamm bis zur 12. Rippe sich erstreckte. Durch 2 tiefe Incisionen wurde eine reichliche Menge Eiter entleert, der fäculenten Geruch verriet. Als am 2. Tage Verbandwechsel notwendig wurde, waren fäculente Massen im Eiter nachweisbar. Unter fortdauernder Absonderung wechselnder Mengen bald reinen, bald fäculenten Eiters nahmen die Kräfte des Patienten sichtlich ab; Durchfälle, Albuminurie und Hydrops anasarca treten hinzu, bis nach 4 Monaten der Exitus eintrat. Bei der Obduction fanden sich an mehreren Stellen des Ileum strahlige Narben; das Coecum war beträchtlich erweitert, mit Kotmassen angefüllt. In der Ileocoecalklappe fand sich eine narbige Verengerung, die für einen Finger kaum durchgängig und an einer Stelle perforiert war. Durch die Perforation konnte ein mittelstarker Sondenknopf durchgeführt werden. Am Ausgang des Coecum fand sich gleichfalls eine sehr beträchtliche narbige Verengerung, die 8 cm weit in das Colon ascendens hinaufreichte, an dessen innerer Wandung eine zerklüftete, vielfach indurierte Geschwürsfläche mit zottigen, polypösen Rändern zu sehen war. Der Rest des Dickdarms erwies sich eng, aber intact.

Syphilis constitutionalis? Degeneratio amyloides lienis et

renum. Pleuritis et Peritonitis tuberculosa. Atrophia fusca cordis.

3. (Char.-Ann. 1886.) 49 Jahre alte Frau, vor 1 Jahr an Perityphlitis erkrankt. Seitdem Schwellung in der rechten Unterbauchgegend, zuweilen hartnäckige Verstopfung, Frost, Hitze. Bei der Aufnahme starke Abmagerung, Incision, Entleerung fäculent riechenden Eiters. Allmählich Besserung des Allgemeinbefindens, aber häufige Durchfälle und Verstopfung abwechselnd und Fortbestehen einer zuweilen stark eiternden Fistel in der Ileocoecalgegend. Nach 3 Monaten Gegenöffnung unterhalb des Lig. Pouparti. Nach weiteren 8 Tagen Spaltung der Brücke zwischen den Incisionen und Gegenöffnung auf der Crista ilei. Trotz fortdauernder Bäder mit Thymollösung, Ausspülung mit Salicylboraxlösung weitere Eiterung, keine Neigung zur Vernarbung. Um die rauh und entblösst gefundene Darmbeinschaufel besser untersuchen und auskratzen zu können, wurde sieben Monate später die Brücke zwischen den Incisionen wieder mit galvanokaustischer Schlinge und dem Paquelin gespalten; dabei zeigte sich in der Tiefe der Wunde ein kleines Stück Netz. Jodoformtamponade, keine peritonitischen Erscheinungen. Die Wunde zeigte jetzt Wochen lang bessere Granulationen und sogar Vernarbung an den Rändern, 14 Tage nach der letzten Operation plötzlich Schüttelfröste bei zuerst hoher, dann anhaltend subnormaler Temperatur. Durchfälle, ohne dass Sublimatlösung gebraucht war. Auch von diesem Anfalle erholte sich die Kranke. Die Wunde verkleinerte sich, bis wieder 14 Tage später plötzlich blutige Durchfälle, Leibschmerzen, Benommenheit und an demselben Tag der Tod im Collaps eintrat. Die Section ergab ulcerösen Zerfall des Proc. vermif., tiefe Geschwüre im Blinddarm und an der Valvula Bauhini, eines davon direct communicierend mit einem abgesackten Abscess auf der cariösen Darmbeinschaufel. Im übrigen Dickdarm keine Substanzverluste, Peritonitis universalis chronica. Amyloidentartung der Darmschleimhaut, der Milz und Leber.

4. (Char.-Ann. 1886) 21 Jahre alter bisher gesunder Bäckergeselle. Im December 1885 schwerer Typhus mit Pneumonie, nach 5 Wochen Reconvalescent. 4 Wochen später Recidiv im Verlauf diffuser Peritonitis, schwerer Collaps. Der Patient erholte sich wieder und bestand Mitte März Erysipelas capitis, Mitte April wieder diffuse Peritonitis von kürzerer Dauer und ein Erysipelas faciei et faucium. Es blieb eine Auftreibung des Leibes zurück, welche hauptsächlich die linke Regio iliaca einnahm. Probepunctionen entleerten bräunlichen Eiter, welcher

sehr schöne Hämatoidincrystalle und stäbchenförmige Bacillen enthielt. Leichte Ileuserscheinungen. Durch einen $1\frac{1}{2}$ Zoll langen Schnitt wurden fast 500 g dickflüssiger, braungelber etwas fäculent riechenden Eiter entleert. Grosse flottierende Fetzen, welche sich beim Durchspülen mit Salicylboraxlösung leicht von der Abscesswand ablösen, sahen aus wie gangränöse Netzteile. 7 Tage lang leidliches Wohlbefinden, dann wieder Erysipelas capitis, welcher von der Nase ausgehend nach 5 Tagen wieder verschwand und einen haselnussgrossen Abscess im rechten unteren Augenlid zurückliess. Derselbe wurde eröffnet und enthielt dicken, gelben Eiter. Nach 3 Wochen wieder Auftreiben des Leibes, rechts von der Linea alba. Ileussymptome. Zugleich wieder Gesichtsrose (ohne Erhöhung der Temperatur). Schneller Verfall und Exitus 14. Juni 1886.

Section: Erysipelas faciei; Peritonitis chronica, recens univ. fibrin.; Perityphl. fibr. acuta; Periproct apost.; Enter. catarrh. univ.; Cicatrices ilei et jejuni; Perihep.; Perisplen.; Nephr. parench.; Hyperpl. lienis et gland. meseraic. et retroperit.; Atroph. musc. int.; Atroph. fusca cordis. Pneum. hyp. lob. inf. pulm. dext.; Infarct. recens.; Aorta chlorotica. Anaemia et macies universalis.

5. (Char.-Ann. 1887.) 40 jähriger Mann, mit Symptomen der Perityphlitis. Incisionen entleerte grosse Mengen stinkenden Eiters. Kotsteine wurden nicht gefunden. Coecum und Proc. vermiform. waren im Abscess nicht zu entdecken. Heilung nach 3 Monaten.

6. (Char.-Ann. 88.) 61 Jahr alter Mann seit langer Zeit an Verdauungsbeschwerden, zweimal an heftigen aber spontan zurückgehenden Schmerzen in der rechten Unterbauchgegend leidend, jetzt seit 14 Tagen krank. Deutlicher Tumor über dem rechten Lig. Poup. Incision entleerte grosse Massen fäculent riechenden Eiters. In der nächsten Woche liess die Secretion nach, blieb aber übelriechend. Patient verfiel ohne Fiebererscheinungen zu zeigen immer mehr und starb 17 T. nach der Operation. Section ergab Ileopsoitis gangraenosa, vielfache Verwachsungen der Darmschlingen. Processus verm. frei. Auch am Coecum und Colon ascendens keine Veränderungen.

7. (Char.-Ann. 88.) 68 Jahr alter Mann, hatte angeblich vor 8 Monaten Blinddarmentzündung, seit 6 Monaten schmerzhafte Schwellung in der rechten Leistenbeuge. Vor 2 Wochen Aufbruch und reichliche Eiterentleerung. Bei dem sehr decrepiden Patienten konnten nur zum besseren Abfluss die vorhandenen Öffnungen erweitert werden. Er starb 8 Tage nach

der Aufnahme. Obduction: Faustgrosser in die Umgebung z. B. Ileopsoas hineingewachsener Tumor: Carcinom der hinteren Wand des Blinddarms. Dieser mehrfach durchlöchert, communicierte mit einer grossen direct nach aussen führenden Abscesshöhle. Keine Metastasen aber allgemeine Macies und Anämie. Der Tumors erwies sich bei mikroskopischer Untersuchung als Cylinderepithelkrebs.

8. Berliner klinische Wochenschrift 1889 No. 27. Müller (Stuttgart).

32 j. Mann, Achatschleifer, seit einigen Wochen stark abgemagert, litt an Verringerung der Stuhlentleerung, Aufstossen mit Kotgeruch; in der Ileocoecalgegend eine mannsfaustgrosse, harte, höckrige, schon bei mässigem Druck schmerzhafte Geschwulst, die offenbar vom Blinddarm ausging. Operation 1. November 1887, Schnitt entlang dem Lig. Poupart.; von der Spina ant. sup. an in der Richtung gegen die Spitze der 10. Rippe. Das Netz war in der Nähe der Geschwulst hochgradig entzündet, von stecknadelkopf bis erbsengrossen Knötchen durchsetzt; Exstirpation eines handgrossen Stückes. Die Geschwulst zeigte sich jetzt vom Coecum und unteren Teil des Colon ascendens ausgehend. Das betreffende Mesenterialstück war mit 12—16 bis walnussgrossen Drüsen durchsetzt, die exstirpiert und ausgekratzt wurden. Resection des Darmabschnittes mit Zurücklassung der Bauhinschen Klappe und des Process. vermif. Czernysche Naht. Verlauf ungestört. Nach 1 J. 8 Monaten vollständiges Wohlbefinden. Vom Darm war ein ca. 20 cm langes Stück reseciert. Die mikroskopische Untersuchung ergab Tuberculose, die hauptsächlich in der Submucosa und den äusseren Häuten des Darmes ausgebreitet war.

Epikrise zur Gruppe a. Bei den 14 beschriebenen Fällen der ersten Gruppe konnte viermal durch die Operation die Ursache der Erkrankung in Gestalt eines Kotsteins oder Fremdkörpers festgestellt und entfernt werden. In einem Falle war wohl ein harter und beweglicher Körper in der Tiefe zu fühlen, konnte jedoch nicht gedeutet werden. Statistisch betrachtet ergaben die Fälle folgende Resultate: Das Alter der Patienten fällt wie fast immer bei Perityphlitis, so auch hier hauptsächlich zwischen das 15. und 30. Lebensjahr. Männer und Frauen stellen hier ein gleiches Contingent. Die Symptome sind die gewöhnlichen. Interessant sind die Resultate, die durch die Operation erzielt wurden. Bei der Hälfte der Patienten erfolgte die Heilung nach Vornahme der Operation sehr günstig und rasch unter antiseptischer Wundbehandlung. Sofort nach und

einmal während der Entleerung konnte man ein starkes Sinken der vorher hohen Temperatur constatieren, die dann auch nach Entfernung der Ursache normal blieb. Bei der Hälfte der Fälle war die Dauer der Heilung ziemlich typisch und nahm die Zeit von vier Wochen in Anspruch. Nur bei einem Falle ($4^3/_4$ Jahr altes Mädchen) betrug sie eine Woche weniger. Von welch bedeutendem und günstigem Einfluss ein chirurgischer Eingriff ist, sehen wir an Fall 8, wo die Perforation in die Scheide spontan erfolgte und da die Patientin sich nicht zu einer eingreifenden Operation entschliessen wollte, die Heilung eine sehr langwierige war. Fall 5 dürfte die längere Dauer der Krankheit der Complication mit Gangrän zu verdanken haben. 2mal trat Exitus nach der Operation ein. Bei Fall 9 wird derselbe durch den raschen und intensiven Verfall der Kräfte vor der Operation bedingt sein, sodass ein chirurgischer Eingriff und dessen Folgen nicht mehr überstanden werden konnten. Bei 10 war die diffuse Peritonitis die Causa mortis. Fall 12 ist besonders interessant wegen der Spontanheilung durch Senkung nach oben in die Plaurahöhle, Perforation in die Lunge und Aushusten des Abscesses. Fall 13. Die in diesem Falle mit Perityphlitis complicierte Gangrän basierend auf Verstopfung der A. popl., gehört nach Leyden zu der sog. Spontangangrän, wie sie nach acuten Krankheiten vorkommen z. B. nach Typhus und auch nach Influenza (Leyden). Bei Typhus tritt sie namentlich in dem Stadium des Schwächezustandes auf und es sind nach Leyden die Collapserscheinungen durch Resorption der Zersetzungsproducte aus den von der Circulation abgeschlossenen Teilen zu erklären.

Epikrise zur Gruppe b. Die Fälle der Gruppe b zeigen in sehr geringer Beziehung den einheitlichen Charakter der Perityphlitis, am ehesten noch bei den Symptomen. Schon die Ätiologie der Krankheit ist fast bei jedem Falle eine verschiedene. Hauptsächlich haben wir hier wirklich specifisch pathologisch anatomische Processe als ätiologisches Moment, die sich meist auch dann nicht nur auf die betreffenden Darmabschnitte beschränken, sondern die Umgebung derselben und den gesamten Organismus in grosser oder geringer Ausdehnung befallen. Wir sehen hier Darmstenosen basierend auf Lues, Caries der Darmbeinschaufel, Typhus, Ileopsoitis gangraenosa, Carcinom des Coecum, Tuberculose des Coecum zur Ursache von schweren Formen der Perityphlitis werden. Nur Fall 1 schliesst sich in gewisser Beziehung an die Fälle der vorhergehenden Gruppe an, insofern als hier die Perityphlitis durch Retention von

Schleim, bewirkt durch rechtwinklige Knickung des Proc. vermif. bedingt war. Bei allen Fällen ist der Verlauf der Krankheit ein langwieriger und die Prognose, sowohl mit Rücksicht auf Ätologie als auch auf die meist zahlreichen, sehr schweren und schädlichen Complicationen nach jeder Beziehung im höchsten Grade infaust und dementsprechend auch die Resultate der Therapie sehr ungünstig. Berücksichtigen wir hier nun die vielfach durch die Operation erlangten günstigen Resultate, sowie die statistisch nachgewiesene grosse Gefahr, die nicht operierte Perityphlitiden bieten, so dürfte wohl bei dem jetzigen Standpunkte der Antisepsis dem Satze Kreckes grosse Bedeutung beigelegt werden: „dass die Geschwürsbildung im Wurmfortsatz samt ihren Complicationen unbedingt, wie auch von Volkmann kürzlich noch hervorgehoben, den Chirurgen gehört[10]).“

Zum Schlusse verfehle ich nicht, Herrn Stabsarzt Dr. A. Köhler für die Anregung zu dieser Arbeit und die freundliche Unterstützung und Durchsicht meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

[10]) Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. 30. Band. 1890. 4., 5. Doppelheft.

Litteratur.

Hertwig, Entwicklungsgeschichte.
Ziemssen, Handbuch der speciellen Pathologie u. Therapie. Leipzig 1879.
Strümpell A., Lehrbuch der speciellen Pathologie und Therapie. Die inneren Krankheiten. Leipzig 1889.
Ziegler, pathologische Anatomie. Jena 1887.
Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie von R. Virchow, Erlangen 1869.
Deutsche Chirurgie von Billroth u. Lücke. Stuttgart 1880.
Jäger, Dr. Michael, „Über die Darmsteine der Menschen u. der Tiere.“ Berlin 1834.
Camille Mignon, „des corps étrangers, des voies digestives.“ Paris 1874.
Cornil, Archives de physiologie 1873—76.
Schmidts, Medicinische Jahrbücher 1889. II. Leipzig.
v. Volkmann, R. Sammlung klinischer Vorträge in Verbindung mit deutschen Klinikern. No. 331. 1889. Leipzig.
Charité-Annalen 1874—1888 icls.
Virchow R., Archiv für pathologische Anatomie 1861. Berlin. Seite 285.
Centralblatt für Chirurgie. Leipzig 1890. No. 6.
Archiv für klinische Chirurgie. Berlin 1889. 39. Band.
Archiv für klinische Chirurgie. Berlin 1877. 21. Band.
Archiv für pathol. Anatomie und Physiologie II. Band. S. 583.
Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 30. Band. 4. u. 5. Doppelheft 1890.
Deutsche mil. ärztl. Zeitschr. 1890 Heft 7 (Groeningen).
Berlin. klin. Wochenschrift 1889 No. 27 (Müller).
Berlin. klin. Wochenschrift 1890 No. 14 (Leyden).

Thesen.

I.

Kranke mit Perityphlitis sind möglichst bald dem Chirurgen zu überweisen.

II.

Bei Feststellung der Diagnose der Magenkrankheiten ist eine genaue Untersuchung des Magensaftes notwendig.

III.

Den noch vielfach üblichen Leichenwaschungen ist mit Rücksicht auf die dabei vorhandene Infectionsgefahr von ärztlicher Seite entgegenzuwirken.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Wilhelm Schnellen, katholischer Confession Sohn des Kgl. Amtsgerichtssekretärs W. Schnellen, wurde am 18. September 1866 zu Klosterwald in Hohenzollern geboren. Er besuchte die humanistischen Gymnasien zu Sigmaringen und Ehingen a. D. (Württemberg), welch letzteres er Herbst 1886 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Am 23. October desselben Jahres wurde er in die Königl. med.- chir. Akademie für das Militär aufgenommen. Vom 1. April bis 30. September 1887 genügte er seiner Dienstpflicht mit der Waffe beim Kaiser Alexander Garde Grenadier Regiment No. 1. Am 28. Juli 1888 bestand er die ärztliche Vorprüfung, am 7. Juli 1890 das Tentamen medicum und am 17. Juli e. a. das Examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren:

Bardeleben, v. Bergmann, du Bois-Reymond, Dilthey, Ewald, Fräntzel, Gerhardt, Gurlt, Gusserow, Hartmann, v. Helmholtz, Hirsch, v. Hofmann, Jsrael, Koch, Köhler, Kossel, Kundt, Leuthold, Leyden, Liebreich, Liman, Martius, Olshausen, Oppenheim, Overweg, Salkowski, Schultze, Schweigger, Schwendener, Schweninger, Siemerling, Sonnenburg, R. Virchow, H. Virchow, Waldeyer, Wittmack.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht der Verfasser seinen ehrerbietigsten Dank aus.